



(VISTA PARA ESTUDIANTES)

SOLICITUD PARA SERVICIOS DE VISION

Para asegurar elegibilidad, conteste **todas** las preguntas. Por favor, escriba con letra clara. ¿Preguntas? Llame al 800.850.2020, ext. 21

Información del solicitante

Nombre y apellido del niño(a): _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Número de Seguro Social: ____-____-____ el N°SS es del: **Niño** **Pariente**
(es necesario tener un Número de SS válido) (favor de circular lo apropiado)

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre del pariente/tutor legal: _____

Relación: _____ Teléfono: (____) ____-____

Renta anual: \$ _____ ¿Cuántos miembros en la familia? _____

1. ¿Está su niño inscrito en Medicaid o tiene otro seguro de visión? **Sí** **No**
2. ¿Es el niño o pariente ciudadano o inmigrante con Número de Seguro Social? **Sí** **No**
3. ¿Ha utilizado el niño los servicios del programa "Vista Para Estudiantes" en los últimos 12 meses? **Sí** **No**
4. ¿Es el niño menor de los 18 años de edad y además está inscrito en la escuela? **Sí** **No**

Al firmar, verifico que la información dada es correcta y verdadera según mi entendimiento.

Firma del pariente/tutor legal

_____/_____/_____
Fecha

Firma del preparador/Preparer's Signature

Puesto/Position

Agencia u organización calificante/Qualifying Agency/Org _____

Si Ud. **NO** recibió esta solicitud de la escuela de su niño, por favor devuélvala a la siguiente dirección:

**Prevent Blindness Tri-State
Sight for Student Services
101 Whitney Ave Ste. 300& 301
New Haven, CT 06510**

Por fax: 203-772-4691

COMPARTA DE LA VISION

“**Vista Para Estudiantes**” es un programa fundado por “*El plan de servicios de vision*” (Vision Service Plan - VSP). El programa provee, por toda la nación, exámenes de vista y anteojos a estudiantes no asegurados.

“**El plan de servicios de vision**”(VSP) es un líder en el cuidado de la vista y está trabajando en conjunto con “Prevención de la ceguera en América” para proveer exámenes de la vista y anteojos a niños que no tienen seguro de salud o que no tienen suficiente seguro para cubrir los gastos.

“**Prevención de la ceguera en el área Tri-state**” es un líder en la prevención de la pérdida de vista. Para más información vaya a www.preventblindnesstristate.org. La meta de “Prevención de la ceguera” es proveer servicios a 10,000 estudiantes en toda la nación. Servicios serán repartidos por orden de llegada.



REQUISITOS PARA ELEGIBILIDAD

- Renta anual de la familia no puede ser más de 200% del nivel de pobreza (véase la caja al lado).
- El niño no tiene servicios de Medicaid, ni tiene ningún tipo de seguro de visión.
- El niño tiene no más de 18 años de edad y sigue asistiendo a la escuela superior o secundaria (*high school*).
- El niño o pariente es un ciudadano de los Estados Unidos o es un inmigrante documentado con un Número de seguro social.
- El niño no ha usado los servicios de nuestro programa en los últimos 12 meses.

Se aplican las siguientes pautas de renta anual (2008)

<u>Personas en el hogar</u>	<u>Renta familiar</u>
1	\$ 20,800
2	28,000
3	35,200
4	42,400
5	49,600
6	56,800
7	64,000
8	71,200

Por cada familiar adicional añadida: \$7,200

BENEFICIOS

Niños que califiquen para nuestro programa recibirán:

- Un examen de vista hecho por un médico que participa en el plan VSP.
- Anteojos, si se los recetan.
- Servicios de necesidad médica cuando estos sean autorizados de antemano.

Los beneficios disponibles incluyen:

- Lentes extra grandes
- Tintes sólidos
- Revestimiento resistente a rasguños
- Policarbonato
- Tintes gradientes
- Visión baja
- Alto índice
- Fotocrómicos
- Revestimiento de color

No se cobrará de familias calificadas a no ser que se compre alguna opción cosmética u otra cosa no cubierta bajo el programa.